

СЕЛЕКТИВНАЯ ДЕСТРУКЦИЯ ЭНДОМЕТРИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОЧАГОВОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ СЛИЗИСТОЙ МАТКИ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Дивакова Т.С., Медведская С.Е.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Отделенческая клиническая больница на ст. Витебск

Гиперпластические процессы эндометрия, занимая одно из ведущих мест в структуре гинекологической заболеваемости, служат фоном для возникновения рака эндометрия [1,6]. Пик заболеваемости раком эндометрия приходится на период постменопаузы. Средний возраст больных колеблется около 60 лет [2]. В Республике Беларусь отмечается тенденция к росту заболеваемости раком эндометрия, в связи с чем своевременная диагностика и лечение гиперпластических процессов эндометрия остаются актуальными [3]. Среди гиперпластических процессов эндометрия очаговая гиперплазия (ОГ), или полипоз, встречается в постменопаузе в 81,6% случаев [1]. Традиционно гинекологами для лечения очаговой гиперплазии эндометрия назначается гормонотерапия [2,4]. Практика показывает, что данный метод в большинстве случаев не приводит к желаемому эффекту. Кроме того, у каждой 10-й больной в постменопаузе имеются противопоказания к гормонотерапии в связи с наличием экстрагенитальной патологии [3]. В то же время гистерэктомия у этого контингента больных представляет высокий риск для жизни [4].

Целью исследования явилась оценка эффективности селективной деструкции эндометрия (СДЭ) при ОГ слизистой матки у больных постменопаузального периода.

Обследовано 99 (100%) пациенток постменопаузального периода с ОГ эндометрия в возрасте от 47 до 82 лет (средний возраст $57,3 \pm 4,21$ года). Диагноз патологии эндометрия верифицирован на основании гистероскопии и гистологического исследования удаленного из матки материала. Показанием для обследования послужили маточ-

ные кровотечения или кровомазания из матки, а также наличие изменений эндометрия при ультразвуковом исследовании. Критериями включения пациенток в группы являлось отсутствие другой патологии матки и придатков, приёма гормональных препаратов в течение 6 месяцев до поступления в стационар. Для формирования однородности групп из исследования были исключены больные с тяжёлыми формами сахарного диабета, артериальной гипертензией и нарушением жирового обмена II-III степени. Гистероскопическое исследование выполняли на аппарате «WOLF», Германия, используя операционный тубус гистероскопа с каналом для введения манипуляционных инструментов под внутривенным обезболиванием.

Удаление полипов проводили под гистероскопическим контролем манипуляционными щипцами, ножницами либо биопсийными щипчиками. Далее кюреткой производили соскоб со стенок матки, который направляли в баклабораторию для посева на флору. Больные были подразделены на следующие группы в зависимости от тактики послеоперационного ведения. I группа – 39 больных, которым во время хирургического вмешательства проводилась селективная деструкция базального слоя эндометрия (СДЭ) в области удалённой ножки полипа. II группа – 36 больных, которым в послеоперационном периоде проводилась гормонотерапия. Группу контроля составили 24 больные, которым после гистероскопического удаления полипа ни СДЭ, ни гормонотерапия не проводилась. Всем больным, независимо от группы включения, проводили противовоспалительное лечение с применением антибиотикотерапии широкого спектра действия.

СДЭ проводили химическим способом 10% спиртовым раствором йода с помощью предложенного нами устройства, состоящего из канюли-проводника со скошенным дистальным отделом и зонда-аппликатора длиной 23 см. После удаления полипа канюлю-проводник вводили в полость матки и дистальным концом плотно прижимали к эндометрию в зоне удалённой ножки полипа. Затем зонд-аппликатор, смоченный 10% спиртовым раствором йода, подводили через канюлю-проводник к поверхности эндометрия. Локальное воздействие раствора йода осуществляли в течение 3-5 минут. При контрольной гистероскопии оценивали степень удаления слизистой и химическую деструкцию базального слоя эндометрия. Гормонотерапию проводили синтетическими прогестинами. Использовали норколут в непрерывном режиме по 5-10 мг, 17-ОПК 12,5% раствор по 250-500 мг (в зависимости от массы тела пациентки) 2 раза в неделю в течение 6 месяцев. Контрольное УЗИ гениталий проводили через 3 ме-

сяца, контрольную гистероскопию – через 6 месяцев. Период наблюдения составил от 6 до 24 месяцев.

В результате проведенного исследования установлено, что явления эндометрита при гистероскопии имели место у 98,2% больных. Железисто-фиброзные полипы выявлены у 63,4% больных, железистые – 19,6%, фиброзные – у 17,0%. При бактериологическом исследовании соскобов во всех случаях посевы оказались стерильными.

В результате проведенного лечения установлено, что положительный эффект у больных I группы наступил в 38 случаях (97,4%). Рецидив полипа за период наблюдения выявлен у 1 больной (2,6%). У пациенток II группы положительный результат зарегистрирован в 11 случаях (30,6%), рецидивы наступили у 25 (69,4%) больных. В контрольной группе процент рецидивов составил 70,8 (17 пациенток), положительный эффект наблюдался у 7 пациенток (29,2%).

Таким образом, самым эффективным лечение оказалось у больных, которым была произведена СДЭ. Как любая атрофичная ткань, эндометрий в постменопаузе легко подвергается влиянию неспецифических раздражителей, являясь тканью со сниженной или отсутствующей функцией. В результате у части женщин в постменопаузе, особенно с отягощённым гинекологическим анамнезом, развивается хронический эндометрит, вызванный факультативными анаэробами, либо хламидийно-уреа-микоплазменной инфекцией [6]. Длительно персистирующая инфекция половых органов приводит к изменению рецепторов эстрадиола и прогестерона в ткани эндо- и миометрия [6]. Терапия препаратами с прогестиноподобным действием может быть эффективной лишь в том случае, если пролиферация вызвана гиперэстрогенией. Пролиферация, обусловленная воспалительным процессом на фоне атрофии, прогестинотерапии не поддается, так как усугубляет дегенеративно-катаболические процессы в слизистой матки.

Таким образом, удаление полипов эндометрия должно проводиться под гистероскопическим контролем с обязательным прицельным удалением ножки полипа и проведением селективной деструкции прилежащего слоя эндометрия. Назначение гормонотерапии больным с очаговой гиперплазией эндометрия в постменопаузе не является патогенетически оправданным. Учитывая высокую частоту эндометрита у больных с ОГ эндометрия в постменопаузе целесообразно назначение системной антибактериальной терапии и местного противовоспалительного лечения.

Литература:

1. Бреусенко В.Г., Голова Ю.А. и др. // Акуш. и гин. «Внутриматочная патология в постменопаузе Диагностика и лечение» – 2003. - №2. – С.36.
2. Полякова В.А. Онкогинекология – М., 2001 – С. – 26.

3. Дивакова Т.С., Медведская С.Е. – Вестник ВГМУ. «Липидный профиль у больных с гиперплазией эндометрия и ожирением в перименопаузальном периоде при гормонотерапии прогестинами» – 2005. Т.4. №2. С.34.

4. Гуменюк Е.Г. – Акуш и гин «Клинико-морфологические параллели при лечении больных с дисфункциональными маточными кровотечениями в пременопаузе» – 1999. - №1 С. – 39.

5. Пестрикова Т.Ю., Безрукова Н.И. и др. – Дальневосточ. мед. журн. «Роль инфекций, передающихся половым путем, в развитии гиперпластических процессов эндометрия». -2001.-№2. – С.50-53.

6. Vessey M.P., Villard-MacKintosh L., McPherson K. et al. // Brit. J. Obstet. Gynec. – 1998. – Vol.99, №5. – P.402 – 407.